UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 18

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA TUBERCULOSE DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

PAR

Olympiade TODORSKY

Née à Astrakan (Russie), le 25 juillet 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



Examinateurs de la Thèse	VIRES, *Président.*	
	PUECH, Prof.-adjoint.	
	SOUBEYRAN, Agrégé.	Assesseurs
	LEENHARDT, Agrégé.	



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

LA TUBERCULOSE DE L'OVAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 18

15.

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA TUBERCULOSE DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

PAR

Mlle Olympiade TODORSKY

Née à Astrakan (Russie), le 25 juillet 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse { VIRES, *Président*. PUECH, Prof.-adjoint. SOUBEYRAN, Agrégé. LEENHARDT, Agrégé. } *Assesseurs*





MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)............ Doyen.
SARDA.................... Assesseur.
IZARD.................... Secrétaire.

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales............	MM. GRASSET (O. ✻
Clinique chirurgicale................................	TEDENAT (✻).
Clinique médicale....................................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale....................................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.........	GRANEL.
Clinique chirurgicale................................	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique...........................	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale......................................	VILLE.
Physiologie...	HEDON.
Histologie...	VIALLETON.
Pathologie interne....................................	DUCAMP.
Anatomie...	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie......	ESTOR.
Microbiologie...	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..................	BAUMEL.
Anatomie pathologique..............................	BOSC.
Hygiène..	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale....................................	RAUZIER.
Clinique obstétricale................................	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale................	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe......................	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique..................	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements..........................	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto rhino laryngologie..........	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire......................	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. VIRES, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
PUECH, Professeur-adjoint.	LEENHARDT, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON FRÈRE NICOLAS

Je dédie cet humble travail,
bien faible témoignage de profonde
reconnaissance et de tendre affection.

O. TODORSKY.

AVANT-PROPOS

Arrivée au terme de nos études il nous plaît de jeter un regard en arrière et de remercier nos maîtres de la Faculté qui nous ont réservé un si sympatique et aimable accueil.

Toute notre reconnaissance va à M. le professeur Vires, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse. Par son enseignement lumineux, par sa parole claire, il nous a fait comprendre bien des choses et nous a aidée à classer dans notre esprit bien des faits épars. Nous n'oublierons jamais les heures pleines d'intérêt que nous avons passées dans son service de l'Hôpital général et à son cours de thérapeutique.

M. le professeur Puech fut, pour nous, un maître toujours écouté avec fruit. Nous devons beaucoup à son enseignement et nous avons toujours été favorisée de sa bienveillance.

A M. le professeur agrégé Soubeyran, qui nous a donné notre sujet de thèse, qui a bien voulu nous aider

de ses conseils et nous a permis de mener à bien ce travail, nous adressons avec nos remerciements l'assurance de notre sympathie et de notre gratitude.

Enfin, nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur agrégé Leenhardt qui a bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

LA TUBERCULOSE DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

La tuberculose de l'ovaire proprement dite est une affection fort rare, car il ne faut pas la confondre avec les productions tuberculeuses qui peuvent siéger autour de l'ovaire, ayant leur point de départ soit dans les trompes, l'utérus, le péritoine. Dans ces cas-là quoique les lésions tuberculeuses soient assez étendues elles peuvent former une sorte de coque, de gangue épaisse autour de l'ovaire, alors que celui-ci est absolument indemne, ou seulement enflammé.

Notre but n'est pas d'apporter quelque fait nouveau ou quelque observation inédite qui puisse contribuer à éclaircir cette question. Notre travail est plus modeste : il se bornera à être une revue des faits qui ont été acquis ou élucidés ces dernières années. Il est difficile de réunir tous les documents épars dans la littérature chirurgicale, mais nous avons conscience d'avoir fait notre possible pour y parvenir.

HISTORIQUE

Les premiers travaux entrepris sur la tuberculose de l'ovaire sont de date relativement ancienne. Louis décrivit le premier cette lésion en 1825 et trouvait à l'autopsie des femmes tuberculeuses une proportion de 1/20 de tuberculose ovarique.

De 1825 à 1865 un certain nombre d'observations furent publiées par des médecins et des chirurgiens, parmi lesquels il faut citer les noms de Raynaud, Boivin, Dugès, Arrou, Rokitansky, Pillaud et Négrié. Alors que les premiers ne se basaient que sur l'examen macroscopique et les symptômes cliniques, Négrié fut le premier à pratiquer l'examen microscopique.

En 1863 Brouardel, dans sa thèse, publia un grand nombre d'observations basées sur l'examen histologique.

La question s'éclaire à partir de 1885 avec les travaux de Dalché, Doyen, Gombault, qui nous renseignent sur la forme de la lésion et sa nature. Il faut citer aussi deux communications faites à la Société pathologique de Londres en 1888, l'une par Edmond Walther, l'autre par W.-S. Griffith, une observation de Jacobs publiée dans le *Centralblatt für Gynaekologie* de 1893. Daurios dans

sa thèse, en 1888, et de Massia, en 1890, décrivent l'un, la tuberculose génitale de la femme en général, l'autre la tuberculose salpingienne, et parlent accessoirement de l'ovarite tuberculeuse.

En 1891, Guillemain publie un important travail sur la question dans la *Revue de chirurgie*.

Citons encore la thèse de Mlle Gorovitz en 1900, la « note sur les tubercules de l'ovaire » de Cornil en 1905 et la thèse de Rives en 1909.

ÉTIOLOGIE

« La tuberculose de l'ovaire, dit M. Cornil, doit être une affection fort rare, car pour mon compte je n'ai jamais vu de productions tuberculeuses dans l'intérieur des ovaires. » Les observations, et elles sont assez nombreuses, qui ont été publiées demanderaient à être revues avec soin et, « soumises à une critique sévère, on voit qu'elles se réduisent à bien peu de chose ». L'examen macroscopique ne suffit pas pour faire le diagnostic, car on peut être induit en erreur, comme l'a fait remarquer le professeur Cornil par de petits corps fibreux saillants à la surface de l'ovaire et qui peuvent en imposer pour des nodules, ou par les corps jaunes qui se rencontrent pendant la vie sexuelle et qu'il est facile de prendre pour des masses caséeuses. Les examens histologiques nous permettent de déceler des tuberculoses qui n'avaient pas été soupçonnées à l'examen macroscopique et de rejeter bon nombre de cas où la tuberculose avait été diagnostiquée.

Fréquence. — G. Walther dans une étude expérimentale sur la tuberculose génito-urinaire (1911), étudiait à l'aide de nombreuses pièces opératoires, né-

cropsiques et surtout expérimentales, la fréquence et le mode de réaction à la tuberculose des différents segments du tractus uro-génital dans les deux sexes. Nous ne retiendrons que ce qui a trait à la tuberculose ovarienne. Il l'a obtenue deux fois expérimentalement et trois cas publiés de localisation primitive lui semblent discutables. Quoique Louis, en 1825, ait affirmé qu'il avait trouvé les ovaires tuberculeux chez 1 pour 20 des femmes tuberculeuses, nous devrons la considérer comme une rareté.

Age. — La tuberculose ovarienne est une affection de l'âge sexuel. D'après les statistiques, on voit que le plus grand nombre de cas sont fournis par les femmes de 15 à 25 ans. (Les deux âges extrêmes cités l'ont été par Andrews qui indique un minimum de 6 semaines et un maximum de 81 ans). Ce fait s'explique très bien, d'une part, par la congestion intense que subissent à cette époque les organes génitaux, et la tuberculose trouve là un terrain d'élection, d'autre part, par la possibilité de contagion.

Antécédents héréditaires et personnels. — L'hérédité tuberculeuse a été retrouvée dans 35,8 pour 100 des cas. Elle implique une prédisposition à la contagion.

L'état général est ordinairement mauvais chez les femmes menacées d'ovarite tuberculeuse. Ce sont pour la plupart des miséreuses, des surmenées, mal nourries, sans règles hygiéniques, des scrofuleuses atteintes de déchéance physique. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et on a cité des cas d'ovarite et d'annexite tuberculeuse chez les femmes qui avaient toute l'apparence d'une bonne santé.

Des affections non bacillaires peuvent avoir été une

porte d'entrée pour les bacilles de Koch : une angine, une grippe, surtout une rougeole (Marthe Wollstein).

Hégar et Freund ont attiré l'attention sur l'association fréquente de la tuberculose et des malformations génitales. Les arrêts de développement, l'état infantile, l'aplasie, l'atrésie vaginale et utérine, par suite des mauvaises conditions de résistance seraient favorables à l'infection par le bacille de Koch. Mais pour plusieurs auteurs contemporains, et en particulier pour Poncet, ces malformations seraient sous la dépendance du processus tuberculeux ou de l'hérédité tuberculeuse. Certains néoplasmes de l'ovaire, les kystes en particulier, peuvent par la moindre résistance qu'ils offrent à l'infection devenir un centre de fixation des bacilles tuberculeux. Rémy dans sa thèse (1905) a bien mis ce fait en lumière et l'appuie sur 17 cas certains.

Th. Rosenthal dans un travail sur la tuberculose des tumeurs de l'ovaire cite 20 observations et il y ajoute un cas personnel.

« Une femme de 25 ans se plaignant de douleurs, d'augmentation de volume du ventre, de diarrhée, présente à l'examen : à gauche une tumeur kystique du volume de la tête ; à droite, une tumeur plus petite. A l'opération on trouve une grosse tumeur gauche avec un pyosalpinx fortement adhérent à la tumeur droite, de sorte que la trompe gauche est en contact avec la tumeur droite. Ablation des annexes, hystéropexie. Guérison.

Ce sont 2 kystes dermoïdes, le plus gros composé de 4 ou 5 petits kystes.

Au microscope, la tumeur gauche offre l'aspect habituel des embryomes de l'ovaire. La trompe correspondante présente dans sa lumière un exsudat abondant

formé d'amas de leucocytes, de cellules épithéliales et de masses caséeuses. Pas de cellules géantes, ni de tubercules; la recherche du bacille de Koch est négative. — A droite, dans la portion d'ovaire conservée, on trouve, dans la substance corticale des cellules géantes et des tubercules typiques. Dans la paroi du kyste elle-même, on trouve aussi des cellules géantes, des tubercules et des foyers caséeux. L'épithélium de la surface interne a disparu. On découvre en plusieurs endroits des bacilles. Dans la trompe droite pas de lésions typiques. Il s'agit d'une infection secondaire. L'infection tuberculeuse s'est propagée au dermoïde droit par la trompe gauche et le foyer primitif était dans les poumons. »

Enfin les fonctions de l'appareil génital à l'état pathologique, les infections génitales, les grossesses repétées sont autant de facteurs étiologiques qui ont leur importance.

PATHOGÉNIE

L'ovarite tuberculeuse peut être primitive, mais le cas est exceptionnel et d'ailleurs très difficile à prouver, car il peut exister dans l'organisme un foyer si minime qu'il passe absolument inaperçu. Elle est le plus souvent secondaire et peut évoluer à la suite d'une tuberculose pelvienne qui peut, elle-même, être primitive ou bien secondaire à une lésion pulmonaire.

L'infection peut se propager de proche en proche : l'ovarite succédant à une annexite ou à une tuberculose pelvienne.

Dans quelques cas, les bacilles suivent la voie ascendante vagino-utérine. Le plus souvent ils arrivent par le système circulatoire.

MM. Cornil et Dobroklonsky inoculant des bacilles de Koch dans le vagin de cobayes, ont obtenu de la tuberculose dans la muqueuse du corps utérin, mais point dans l'ovaire. La tuberculisation avait dû se faire par la voie vasculaire, puisque ces auteurs ont retrouvé des cellules géantes jusque dans l'intérieur des vaisseaux ovariens.

Ils empruntent aussi quelquefois la voie lymphatique,

ce qui est démontré puisque dans certains cas, l'épithélium qui recouvre la surface de l'ovaire, était dans un état d'intégrité parfaite.

Pourquoi l'ovaire jouit-il d'une certaine immunité vis-à-vis de la tuberculose ? D'après M. Cornil, cela tiendrait à ce qu'il s'enflamme rarement, de plus qu'il n'est pas en contact direct avec l'extérieur comme le canal utéro-vaginal et enfin à cause de sa structure particulière, formée aux dépens de l'épithélium germinatif.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. le professeur Cornil dans une « Note sur les tubercules de l'ovaire » présentée à la Société anatomique en mai 1905, s'exprime en ces termes :

« Le plus souvent les deux ovaires sont atteints à des degrés variables. On peut voir sur la coupe de l'ovaire des granulations tuberculeuses isolées, mais ordinairement on a des îlots composés des granulations ou follicules confluents dont la partie centrale est ramollie, caséeuse, jaunâtre et sèche ou, au contraire, transformée en un petit abcès contenant du pus bien lié ou fluide et granuleux, îlots et petits abcès pouvant occuper la plus grande partie du tissu ovarien.

» A l'examen histologique, le tissu de l'ovaire ne diffère pas sensiblement des lésions tuberculeuses. Pourtant il y a certaines particularités. Dans toute la partie assez épaisse située au pourtour du centre caséeux ou suppuré les follicules tuberculeux sont très rapprochés les uns des autres. Ils siègent au milieu du tissu conjonctif contenant de leucocytes mononucléaires. Les follicules sont de forme sphérique ou ovale et sur la coupe, au microscope, on peut trouver une ou deux cellules géan-

tes avec le protoplasma ramifié. Ces prolongements protoplasmiques s'anastomosent avec les grandes cellules conjonctives qui sont autour d'eux.

» Quelquefois les cellules géantes sont absentes et on ne trouve que les cellules épithélioïdes qui limitent le foyer malade. Il est rare d'y trouver des bacilles. »

Lésions macroscopiques. — L'ovaire, fusionné avec la trompe, adhère aux organes du voisinage par l'intermédiaire du péritoine épaissi et dans lequel on peut découvrir presque toujours quelques lésions tuberculeuses. Il est augmenté de volume, il peut atteindre 7 à 8 cm. de long sur 4 de large et même plus. Sa surface est irrégulière, bosselée. Sa coloration est jaunâtre avec quelques points hémorragiques, quelques foyers caséeux.

De petits nodules tuberculeux peuvent faire saillie à la face externe de l'ovaire, mais le plus souvent ce n'est que sur une coupe que l'on peut apercevoir les lésions. Elles se montrent sous diverses formes qui correspondent aux divers stades de l'évolution de la maladie. L'on voit d'abord les tubercules à l'état de crudité, mais cet état dure peu, car la marche de la tuberculose ovarienne est rapide. Ils se transforment bientôt en caséum et se présentent sous la forme de masses jaune-grisâtre, ramollies. Puis la lésion évoluant elle formera un abcès froid de l'ovaire. Cet abcès présente à étudier son contenu, qui est du pus séreux avec des grumeaux caséeux, et sa paroi qui est une membrane fongueuse, ramollie, facile à enlever par le grattage.

Ces abcès deviennent confluents, se réunissent et bientôt le tissu ovarien est détruit presque en totalité. Cependant, à mesure qu'elle s'amincit, la couche ovigène devient plus dense et forme comme une barrière provisoire à l'infection qui finira néanmoins par la forcer.

Lésions de voisinage. — Le péritoine périovarien est toujours atteint. Suivant la gravité des lésions, la virulence des bacilles, une pelvi-péritonite peut se déclarer ce qui est fréquent, ou bien une péritonite généralisée, ce qui est plus rare. Dans les cas récents la séreuse est seulement semée de granulations, dans les cas anciens, elle est épaissie et transformée en une sorte de magma fusionnant entre eux tous les organes du petit bassin.

La trompe n'est que rarement saine, elle est presque toujours oblitérée et soudée à la tumeur ovarienne.

L'abcès froid de l'ovaire peut s'ouvrir soit dans la vessie, soit dans le rectum, soit dans le vagin, soit à la peau. Ces diverses cavités peuvent alors communiquer entre elles ou venir s'ouvrir au pli de l'aine. Des fistules seront donc constituées.

MM. Poncet et Leriche ont attiré l'attention sur une forme de tuberculose qui ne présente pas les lésions caractéristiques de la tuberculose classique : les tubercules et les cellules géantes. Cette forme afolliculaire peut se localiser sur tous les organes de l'économie. C'est ce que ces auteurs appellent : la tuberculose inflammatoire. Ils ont recherché l'état des ovaires chez toutes les tuberculeuses dont ils ont fait l'autopsie. « Nous les avons trouvés scléro-kystiques dans presque tous les cas où la maladie avait été lente. De même, opératoirement nous avons vu une trompe caséeuse au voisinage d'un ovaire scléreux à petits kystes chez une jeune femme.

» D'autres que nous ont vu des faits de ce genre. Il est donc certain que l'ovarite scléro-kystique est souvent satellite d'une tuberculose en évolution, proche ou distante; c'est une lésion para-tuberculeuse, une lésion de tuberculose inflammatoire.

» Aussi toutes les fois que l'on constate la dégénéres-

cence polykystique des ovaires, ne doit-on pas se contenter de ce diagnostic anatomique, il faut chercher la cause, mettre tout en œuvre pour la révéler. Cette recherche conduira peut être à saisir, à l'aube de son développement clinique une tuberculose latente, existant inaperçue, aux effets lointains de son évolution rapide».

Dans la Gazette des hôpitaux, Cotte a fait connaître le résultat de ses observations : Sur 118 malades, traitées pour bacillose pulmonaire quelques-unes seulement avaient des règles régulières, les autres présentaient des troubles plus ou moins marqués.

11 avaient de l'aménorrhée, 70 souffraient au moment de leurs règles et ces règles étaient irrégulières.

Sur les 70 atteintes de dysménorrhée 53 ont été soumises à la tuberculinothérapie. Les résultats ont été les suivants : 8, pas d'amélioration ni pendant ni après le traitement, 5, les douleurs ont été moins violentes, 10 complètement guéries, les règles viennent sans douleur.

Une autre forme de tuberculose ovarienne est le tuberculome hypertrophique. Une seule observation, que nous citerons, a été publiée par M. Tédenat.

Elle concerne une tumeur ovarienne du poids de 450 grammes présentant au milieu de bandes conjonctives réactionnelles des follicules tuberculeux nets ; l'utérus était envahi, les annexes opposées étaient saines.

Enfin l'on peut voir des kystes de l'ovaire devenir tuberculeux. Pollosson en a cité des exemples très nets : la trompe était purulente, rien dans le kyste volumineux de type mucoïde n'indiquait la tuberculose ; c'est l'examen de la paroi qui révéla la présence de follicules. C'est

du reste ce que les cas ultérieurs de Simmonds ont révélé.

Glockner, Lagothétopoulos ont vu des kystes dermoïdes simples ou doubles subir la dégénérescence tuberculeuse.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans les affections banales des organes génitaux de la femme, le faciès prend un aspect caractéristique qu'on a décrit sous le nom de faciès utérin. Rien de pareil ne se voit dans les affections tuberculeuses. La physionomie de la malade est celle d'une phtisique.

Une complication assez fréquente des affections génitales non causées par le bacille de Koch est l'hystérie ou une forme atténuée de l'hystérie. Brouardel remarque que pareille complication est exceptionnelle lorsque il s'agit de lésions tuberculeuses. De toutes les observations il cite trois cas d'hystérie et il fait remarquer que les accidents ont été dus à toute autre cause qu'à la lésion de l'ovaire.

Les fonctions digestives sont altérées comme dans presque tous les cas de la tuberculose. Mais dans la tuberculose de l'ovaire, les troubles digestifs peuvent être plus accentués, car il est rare que le péritoine ne soit pas lésé ainsi que nous l'avons démontré dans dans le chapitre ayant trait à l'anatomie pathologique.

Début. — Exceptionnellement la tuberculose ovarienne

a un début brusque. Les phénomènes initiaux sont alors une douleur très vive accompagnée de fièvre et de vomissements ; le faciès est grippé, l'amaigrissement est rapide et l'évolution de l'affection présente les caractères de l'infection due aux agents microbiens banaux. Le diagnostic est alors très difficile. On peut penser à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, etc. Il ne se tranche qu'après la localisation de la douleur dans la fosse iliaque.

Ce début brusque s'observe dans les formes pelvi-péritoniques.

Ordinairement le développement des lésions est in-insidieux et lent, la période prodromique peut durer de plusieurs mois à un an et plus.

Douleur. — La femme éprouve plutôt une sensation de tiraillement, de pesanteur, de lourdeur du côté des lombes ou dans le bas-ventre. Si la réaction du péritoine est très vive, si l'ovaire a contracté des adhérences assez fortes et nombreuses avec les organes du voisinage, la douleur s'exaspère et force la malade au repos absolu au lit.

Les *troubles menstruels* sont constants ; ils se traduisent par une diminution de quantité, par de l'irrégularité et par de la dysménorrhée. Il y a quelquefois aménorrhée. Les ménorragies ont été signalées par Smith, par Kwisch, mais elles sont très rares. Les pertes blanches ne sont pas constantes, mais si elles existent, elles sont caractéristiques et peuvent indiquer que la lésion occupe non seulement les ovaires, mais a déjà produit une réaction inflammatoire du côté de la trompe et de l'utérus. Leur aspect est légèrement opaque, jaunâtre avec une odeur désagréable qui ra-

pelle un peu, d'après Brouardel, l'odeur des écoulements cancéreux.

On note des démangeaisons vulvaires qui peuvent être très tenaces, et dans l'observation de Siredey, citée par Brouardel, où la tuberculose pelvienne était primitive, elles se faisaient remarquer par leur violence.

Les signes physiques sont :

Abdomen. — Il y a presque toujours augmentation du volume du ventre, d'une part à cause de l'hypertrophie de l'ovaire et d'autre part à cause de la présence d'un certain degré d'ascite qui cependant peut ne pas exister.

A la palpation on sent une résistance des parois abdominales et on provoque une douleur qui peut être plus ou moins vive.

La palpation permet de sentir parfois une masse dure, bosselée et douloureuse.

Le toucher combiné au palper nous renseigne sur l'état de l'utérus. Il a pu conserver son volume et sa mobilité normale ou au contraire avoir été dévié du côté opposé à la lésion ; il peut être augmenté ou diminué de volume et avoir contracté des adhérences avec les organes voisins.

L'ovaire malade peut rester à la place qu'il occupe normalement ou tomber dans le cul-de-sac de Douglas. Sa présence se décèlera sous la forme d'une masse assez volumineuse, dure ou fluctuante, dans le cas d'abcès, bosselée. S'il y a des adhérences cette masse est immobile.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose ovarienne présente de nombreuses difficultés, car il n'y a pas de signes pathognomoniques de cette affection. Mais on pourra entrevoir le diagnostic grâce à l'étude des symptômes et des signes cliniques et en s'aidant de l'histoire de la malade.

Peuvent nous donner de précieux renseignements : les antécédents héréditaires : parents tuberculeux, alcooliques ou syphilitiques ; les antécédents personnels : enfance maladive, ganglions au cou, lymphatisme, rachitisme, quelquefois péritonite tuberculeuse.

L'état actuel : existence d'un foyer tuberculeux en évolution ou cicatriciel, amaigrissement prononcé, perte de l'appétit, asthénie, facies tuberculeux. Ce sont autant de signes de présomption qu'il convient de retenir.

Le diagnostic se fait aussi par le toucher et le palper. Nous en avons exposé les résultats dans le chapitre de la symptomatologie, nous n'y reviendrons pas.

Par simple examen direct des sécrétions utérines on peut déceler la présence de bacilles de Koch (Derville, Janin, Saulman) Martin, Faure pensent que les cas positifs sont rares.

L'inoculation au cobaye est un moyen plus sûr et permet d'obtenir des résultats positifs dans des cas où l'examen direct était négatif (Cornil).

La numération leucocytaire du sang ne présente pas beaucoup d'intérêt. Murphy a indiqué quelques numérations au cours d'accidents aigus de pelvipéritonite tuberculeuse : on compte 12 à 18000 leucocytes par mm³ et la proportion de lymphocytes n'est pas indiquée.

Le diagnostic devra se baser sur les diverses réactions humorales que fait naître la tuberculose dans l'organisme : ophtalmo, cuti, intradermo-réaction et dérivation du complément.

Nous allons exposer rapidement la technique et les résultats obtenus par Marmorek par ce dernier procédé : Le sérum de Marmorek est l'anticorps de la toxine tuberculeuse ; l'antigène (microbes ou cellules) rencontre l'anticorps spécifique et s'y fixe. Mais cette fixation ne se fait qu'en présence d'une troisième substance qui est le complément, identique dans tous les sérums.

Dans le cas de tuberculose, l'organisme entier est atteint et la réaction peut être faite indifféremment avec le sérum ou avec l'urine du malade.

0 cc. 12 de sérum ou 0 cc. 3 d'urine filtrée sont mélangés avec 0 cc. 3 de sérum anti-tuberculeux et anti-streptococcique : « sérum double ».

On se sert d'un sérum de cheval, lequel est anti-tuberculeux (sérum simple).

Le complément est déjà présent dans le sérum à examiner.

Si le sérum a plus de deux jours, on lui ajoute du sérum frais de cobaye : 1 goutte. On met le tout à l'étuve pendant une heure.

Pour savoir si la fixation de la toxine, de l'anticorps

et du complément s'est produite ou non, on ajoute 0 cc. 3 d'une dilution au 1/10 d'hématies de mouton et une certaine quantité de sérum de lapin anti-mouton.

Si le sérum ou les urines contiennent la toxine, celle-ci fixera, grâce à son anticorps, le complément présent et l'hémolyse ne se fera pas. Le liquide restera trouble. Les globules se déposeront au fond du tube et le liquide prendra son aspect primitif.

Si le sujet n'est pas tuberculeux, l'hémolyse se fait et la couleur du liquide est rouge uniforme.

Marmorek a observé les phénomènes suivants :

1° L'hémolyse totale;

2° L'hémolyse partielle ;

3° Absence complète d'hémolyse.

L'hémolyse totale indique que le sujet n'est pas tuberculeux.

L'absence d'hémolyse s'observe chez les tuberculeux avec intoxication prononcée et cachexie.

L'hémolyse incomplète signifie : intoxication faible. Pas ou peu de fièvre.

Cette réaction permet de déceler la tuberculose au début alors que l'intoxication commence à se manifester par de l'amaigrissement progressif avec fièvre légère le soir.

Voici quels en sont les résultats : Marmorek a pratiqué cette réaction sur 600 personnes (306 avec le sérum et 291 avec les urines). Seulement dans 5 p. 100 des cas, la réaction fut en désaccord avec la clinique.

Dans ces 5 cas, la réaction donnait des résultats positifs alors que les signes cliniques de la tuberculose faisaient défaut. Mais pour Marmoreck, il n'y avait pas

discordance entre la réaction et la clinique, car il existe un certain nombre de malades chez lesquels la tuberculose n'est pas diagnosticable cliniquement et qui cependant sont tuberculeux.

Bergeron a repris les travaux de Marmoreck et a confirmé l'utilité de cette réaction dans la pratique.

OBSERVATIONS

Observation I

(M. Rouget. — Société des Sciences médicales de Lyon ; *Lyon Médical*; 7 février 1912.)

Volumineux abcès froid de l'ovaire

Mme B... Marie, âgée de 51 ans, rentière. On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires de la malade qui puisse faire songer à la tuberculose. Personnellement, elle a toujours eu une excellente santé. On ne note qu'une adénite cervicale chronique vers l'âge de 10 ans, sans suppuration.

Rougeole à 13 ans. Elle n'a fait aucune autre maladie. N'a jamais toussé, jamais craché, jamais eu d'hémoptysie.

Mariée à 25 ans, son mari est vivant, très bien portant. Réglée à 15 ans, elle le fut toujours régulièrement jusqu'à sa ménopause ; alors apparaissent les premiers troubles : anorexie, amaigrissement, perte des forces.

La malade n'a jamais eu de vomissements, mais présentait des alternatives de constipation et de diarrhée.

Un médecin sentit alors une tumeur pelvienne et parla de fibrome ou de kyste, mais ne conseilla pas d'intervention. Par le repos et le régime, la malade s'améliora à tel point, que lorsqu'elle vint consulter M. Albertin, le mois dernier, ce fut seulement sur les instances de son mari, inquiet du diagnostic de kyste qu'avait posé le médecin.

Elle ne présente à ce moment (13 janvier 1912) aucun signe fonctionnel, ni digestif, ni vésical. Pas de constipation.

Au toucher, M. Albertin sent un volumineux kyste abdominal ovarique, plaquant l'utérus à gauche et en arrière de la symphyse. Il est assez mobile et la malade semble dans de bonnes conditions opératoires. Le reste de l'examen somatique reste négatif. On trouve seulement un disque marqué d'albumine, qui peut s'expliquer par les phénomènes compressifs. Cette hypothèse est vérifiée puisqu'aujourd'hui la malade n'a plus que des traces d'albumine.

L'intervention eut lieu le 23 janvier 1912. Laparotomie sous-ombilicale. Incision médiane. Dès l'ouverture du péritoine, on est frappé par l'existence de phénomènes inflammatoires intenses. Le péritoine viscéral est couvert d'un semis très abondant, absolument généralisé de granulations tuberculeuses sous-séreuses. Il n'y a pas d'ascite. On a seulement retrouvé plus tard une cuillerée environ de liquide louche dans le Douglas. L'exsudation fibrineuse est marquée. L'estomac, très dilaté, descend sous l'ombilic et est lui-même semé de tubercules crus.

On isole un kyste ovarique droit, du volume d'une tête fœtale, qu'on enlève avec la trompe qui lui adhère

en arrière et en bas. L'autre ovaire et l'autre trompe sont laissés en place. Cette dernière présente bien quelques lésions tuberculeuses superficielles sous-séreuses, mais cela seulement au même titre que le reste des organes abdominaux, et il semble que la castration unilatérale soit suffisante.

M. Albertin ferme l'abdomen en trois plans, sans draînage, après avoir pratiqué la péritonisation du moignon.

Examen de la pièce : Il s'agit d'un kyste à parois épaisses pesant 2 kilog. environ. La trompe, plaquée en arrière et en bas, mais anatomiquement entièrement distincte de ce kyste, présente des follicules sous-séreux. Elle est, d'autre part, parfaitement souple, sans induration nodulaire. Son pavillon non obturé est ouvert librement dans la cavité abdominale. A l'ouverture du kyste ovarique qui est uniloculaire, on note l'écoulement d'un pus grumeleux, blanchâtre, en tous points semblable à celui d'un abcès froid (1 lit. 500).

La poche de cet abcès froid est épaisse, granuleuse en son intérieur. Deux fragments sont prélevés pour l'examen histologique, l'un de la paroi de l'abcès, l'autre de la trompe.

On ne retrouve nulle part ni dans la paroi de l'abcès, ni ailleurs, le tissu pouvant faire songer à un fragment ovarien et on est bien forcé de conclure a priori qu'il s'agit d'une poche purulente froide formée aux dépens de l'ovaire lui-même et absolument indépendante de la trompe et de son pavillon.

Suites opératoires. — La malade revue aujourd'hui, quinze jours après l'intervention va bien.

Localement : la paroi est parfaite, l'abdomen légèrement météorisé est souple, pas d'ascite, pas de masse. L'état digestif est satisfaisant. Depuis l'intervention, la

température de la malade oscille entre 37°5 et 38°5, sans que rien d'apparent explique cette légère pyrexie. Elle doit être mise uniquement sur le compte de la bacillose péritonéale de la malade.

Les poumons auscultés très soigneusement respirent bien partout, on ne trouve même pas la plus légère obscurité aux sommets. Au niveau du cœur, légère tachycardie, pointe normale, matité normale, mais à la base, vers le IVe espace à gauche, petit bruit double de va-et-vient, assez variable d'ailleurs. Aucun signe périphérique. Examen anatomo-pathologique. J'ai fait des coupes histologiques de la paroi de l'abcès d'abord, de la trompe ensuite.

MM. Beriel et Savy ont bien voulu examiner ces coupes et confirmer l'existence des lésions tuberculeuses nettes que nous allons décrire :

1° Au niveau de la paroi de l'abcès.

Cette paroi est essentiellement constituée par trois couches principales :

a) Une couche moyenne formée par un tissu conjonctif très jeune disposé en strates et que serpentent les capillaires.

b) Une couche externe correspondant à la face péritonéale. Cette zone nous présente des éléments inflammatoires abondants, à disposition nodulaire, prenant par endroits l'apparence de petits tubercules, au centre desquels se voit une substance d'aspect vitrifié avec des débris cellulaires en voie de nécrose. A la surface de cette zone, dans les points légèrement déprimés, on voit les traces d'un épithélium cubique représentant les débris de l'épithélium superficiel de l'ovaire.

c) La couche interne enfin représente vraiment la membrane pyogène de cet abcès froid. Anfractueuse et

irrégulière, elle ne montre d'élément épithélial qu'au niveau ou au bord de quelques invaginations pseudo-glandulaires en tous points semblables à ce qu'on observe dans ce que Pozzi a appelé les kystes proligères glandulaires. Mais elles sont très rares et très minimes, se trouvant là simplement pour affirmer l'origine ovarienne de la lésion et s'expliquant par l'activité néoformatrice propre de l'inflammation tuberculeuse chronique. C'est dans cette couche interne que l'élément inflammatoire prend le plus nettement le type nodulaire, l'aspect vitrifié de la lésion tuberculeuse. Enfin quelques cellules géantes, on ne peut plus caractéristiques avec leur cercle de cellules épithélioïdes, sont là qui confirment le diagnostic.

2° Le fragment de trompe nous montre des lésions plus étendues que le simple examen macroscopique ne le faisait supposer. On y voit de volumineux tubercules confluents sous-péritonéaux, mais le processus bacillaire ne se limite pas là, et sur certaines des coupes on voit des lésions nodulaires, bourrées des cellules géantes, qui refoulent la muqueuse dans la lumière de la trompe. Il est certain cependant que les lésions sous-péritonéales sont plus nettes et plus abondantes que les lésions sous-muqueuses.

L'examen du pus a été pratiqué par M. A. Dufourt, interne des hôpitaux. Il ne contenait aucun microorganisme à l'examen direct. Les cultures qui ont été faites en différents milieux n'ont rien donné pendant 18 heures. Ce n'est qu'au bout de ce temps qu'on a vu se développer des colonies. L'examen a montré qu'il s'agissait d'une flore microbienne très variée (la prise du pus n'ayant pas été absolument aseptique). De ce côté on peut cependant affirmer qu'il ne s'est cultivé aucun

microorganisme spécifique et que le pus n'en présentait aucun à l'examen direct.

Observation II

Rives. — Thèse de Montpellier 1909-1910

H. S..r, 31 ans, entrée à l'hôpital le 25 avril 1906, pour douleurs abdominales siégeant à gauche, apparues il y a deux mois. Antécédents héréditaires nuls.

Bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde l'an dernier : elle en est complètement rétablie depuis le début de l'année.

Elle souffre du flanc gauche, surtout lorsqu'elle marche : il lui est impossible de se livrer à ses occupations habituelles. A la palpation du ventre, on constate une induration à gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Au toucher, on trouve le col fortement déjeté à droite.

Le cul-de-sac latéral gauche et le cul-de-sac postérieur sont remplis par une masse indurée : ils sont douloureux à la pression. Le sommet droit présente des signes d'induration, il y a de l'expiration prolongée.

Diagnostic : annexite gauche. Comme nature on pense à une annexite bacillaire ou à une complication éberthienne tardive.

2 mai 1906. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve à gauche, une tumeur développée aux dépens des annexes et du volume du poing. Comme on prévoit

une dissection fort laborieuse, on sectionne le ligament large droit et on coupe l'utérus transversalement dans la portion sus-vaginale. On peut ainsi décortiquer la plus grande partie de la tumeur annexielle. Au cours de l'opération, il se crève une poche purulente. On enlève la plus grande partie de la poche, mais la partie la plus profonde est solidement cimentée ; elle cède sous l'action des pinces et du doigt. On est donc obligé de laisser une portion de paroi sur laquelle on fait une péritonisation exacte. Deux drains sont placés dans cette poche, un troisième dans la cavité péritonéale.

Suites sans incidents : les drains ne sont enlevés que le quinzième jour.

Examen Anatomique

(dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc).

Examen macroscopique : Utérus normal à muqueuse congestionnée. Trompe normale. L'ovaire n'est pas visible, on constate un kyste du volume d'un petit œuf, rempli de liquide. Sa paroi est épaisse, rouge-noire, tomenteuse, avec des points jaunâtres. Une section montre à la partie postérieure un reste de tissu ovarien renfermant un kyste du volume d'une noix, à paroi chagrinée, jaunâtre, pointillée de rouge et renfermant un caillot aplati.

Examen Microscopique

La paroi de la poche est formée par un tissu infiltré de petites cellules rondes, renfermant à intervalles très rapprochés des follicules tuberculeux diffus à volumineuses cellules géantes avec caséification rapide. Ces follicules se désagrègent dans la cavité.

Au-dessous, zone de tissu ovarien parsemé de foyers de cellules rondes de volume variable. Au-dessous enfin est la paroi du kyste parcourue par des vaisseaux volumineux et présentant des hémorragies diffuses. Sur d'autres points moins avancés, paroi enflammée, épaisse, formée de vastes amas, d'aspect lymphoïde à la surface et de foyers périvasculaires, plus petits dans la profondeur. Cette infiltration aboutit à la dégénérescence centrale.

Il s'agit en somme d'une tuberculose folliculaire de l'ovaire à marche rapide.

Observation III

(Service de M. le professeur Tédenat.)

Tuberculose hypertrophique de l'ovaire par le docteur J. Martin.

Mme Julie V..., âgée de 36 ans, entre le 7 décembre 1908 à la villa Fournier, envoyée par son médecin, pour être opérée d'un fibrome de l'utérus.

Cette femme a été réglée à 12 ans et demi. Sa menstruation est régulière (4, 5 jours, pas très abondamment); elle a eu deux accouchements et une fausse couche de 3 mois ; celle-ci date de 4 ans.

Après sa fausse couche, la malade a eu quelques métrorragies pour lesquelles on lui a fait des pansements utérins.

Il y a deux ans, le médecin traitant constate une tumeur pelvienne qu'il diagnostique fibrome utérin et conseille l'opération.

Les règles n'ont pas augmenté de durée ou de quantité, la malade n'a pas eu de pertes blanches, elle ne souffre pas et a attendu jusqu'à ce jour pour se décider à l'opération.

C'est une femme d'aspect assez chétif, mais dont les appareils digestif, respiratoire et cardiaque fonctionnent bien et ne présentent aucun signe pathologique.

Examen gynécologique. — Le col sain, regarde légèrement en avant, il est en position normale ; on sent dans le cul-de-sac postérieur une grosse masse faisant corps avec l'utérus, dont il est impossible de distinguer le fond ; cette masse est dure, présente de grosses lobulations, n'est pas douloureuse à la pression et présente évidemment tout à fait l'aspect d'un fibrome utérin développé sur la paroi postérieure de l'utérus ; cependant, on réserve le diagnostic en raison de l'absence d'hémorragie.

Opération le 15 décembre 1908. — Laparotomie médiane. Quelques adhérences légères. On voit une tumeur de couleur gris-blanc sur le côté droit et postérieur de l'utérus, qui est refoulé à gauche et en avant, la main fait le tour de la tumeur et détache des adhérences unissant la tumeur à la face postérieure de l'utérus. Mais

la tumeur est surtout unie à l'utérus par son pédicule épais comme le petit doigt et long de deux centimètres environ, qui n'est autre que le ligament utéro-ovarien. Une pince est glissée sur ce ligament entre l'utérus et la tumeur et la section du pédicule est faite en aval de la pince. L'ovaire droit est légèrement hypertrophié et présente sur sa surface trois ou quatre petits fibromes.

L'utérus est amputé pour les raisons suivantes : son tissu est jaune, il se déchire comme un tissu utérin dégénéré, et sur la coupe d'amputation on voit une couleur jaunâtre avec çà et là plusieurs noyaux jaunâtres ayant quelques analogies avec de menus foyers caséeux. Les annexes droites sont également enlevées. Suture de la paroi.

Pièce anatomique. La tumeur pèse 150 grammes ; elle mesure 12×7×5.5. Elle est de coloration blanc-nacré et présente quelques grosses lobulations. Elle adhère à la trompe droite par une de ses extrémités et occupe la situation de l'ovaire aux dépens duquel elle paraît développée. Elle est de consistance dure mais friable, elle s'est fissurée au cours de l'extirpation. Sur une coupe on distingue une couche corticale épaisse de 1 ou 5 mm., blanc-nacré, présentant l'aspect habituel des fibromes. La partie centrale est jaunâtre et présente quelques géodes : la substance qui la compose est dure et ne présente nullement l'aspect habituel de la dégénérescence tuberculeuse. La couche corticale émet quelques prolongements qui divisent la couche centrale en gros fascicules.

. L'utérus, gros, mou, jaunâtre, a été déchiré par la traction des pinces. Son tissu est donc friable. Sur la coupe on distingue quelques petits noyaux caséeux.

Diagnostic : fibrome de l'ovaire en dégénérescence

graisseuse (peut-être par torsion du pédicule) ou tuberculeuse.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de lésions de tuberculose hypertrophique, sans trace de fibromatose.

Voici la note qui était remise par M. le professeur Bosc :

1° *Tumeur ovarienne.* — Au niveau de la partie corticale on reconnaît le tissu ovarien avec des follicules, la plupart hypertrophiés.

Par places, déjà, dans cette couche corticale, on constate des petits foyers de cellules épithélioïdes, entourées des cellules embryonnaires ; très rapidement, au-dessous de cette couche de faible épaisseur, on constate des follicules tuberculeux nettement développés avec une ou plusieurs cellules géantes centrales, avec une large zone de petites cellules rondes.

Ces follicules se réunissent et forment de larges placards arrondis, encore limités et constitués par des amas de cellules géantes au centre et, dans la plus grande partie de leur étendue, par un tissu lâche formé par de fins néocapillaires, par un reticulum fin dû aux prolongements de cellules fusiformes ou étalées, dans les mailles duquel on constate des cellules embryonnaires relativement peu nombreuses.

Entre les foyers tuberculeux, on note, par place, une réaction conjonctive assez prononcée tendant vers la formation de tissu adulte.

A mesure que l'on va vers le centre de la tumeur, il se produit un processus très prononcé de dégénérescence fibro-caséeuse, avec disparition de toute coloration.

Diagnostic : Tuberculose de l'ovaire à développement excentrique et à dégénérescence fibro-caséeuse.

2° *Utérus.* — Les fragments prélevés en divers points montrent l'existence d'une tuberculose diffuse de l'utérus.

Sur les fragments les moins atteints, on constate d'abord une dilatation prononcée des vaisseaux sanguins et lymphatiques, avec, autour d'eux, formation fréquente de petits foyers d'infiltration embryonnaire. De ces petits foyers, rayonnent des bandes fines d'infiltration embryonnaire qui les réunissent, puis s'élargissent et aboutissent à des foyers plus volumineux qui constituent des follicules tuberculeux typiques. On note en même temps la formation de follicules très petits entre les grands follicules et en plein tissu musculaire. Ce dernier est dissocié de plus en plus et réduit à quelques restes musculaires qui finissent par disparaître de telle sorte qu'on est en présence de vastes masses tuberculeuses qui aboutissent à une dégénérescence caséeuse ou fibro-caséeuse lente. Ces follicules tuberculeux présentent la même structure et le même développement que ceux de l'ovaire.

a) D'abord granulomes péri-vasculaires, sans cellules géantes, puis masses plus étendues dans lesquelles on voit apparaître des cellules géantes multiples.

b) Petits foyers de cellules épithélioïdes multiples entourés de cellules embryonnaires ; puis, foyers plus étendus renfermant jusqu'à 7 ou 8 grosses cellules géantes entourées d'une zone étendue d'infiltration embryonnaire lâche. Parfois, un grand foyer d'infiltration embryonnaire est entouré par une seule cellule géante énorme, arrondie.

Ces foyers d'infiltration embryonnaire se ressemblent et constituent de larges nappes à nombreux capillaires.

entre lesquels une trame fine, formée par le prolongement de cellules allongées ou étoilées, renferme des cellules embryonnaires. Ce tissu finit par subir une dégénérescence totale.

Les suites opératoires ont été normales et la malade est sortie guérie de son opération.

Point intéressant elle présente un foyer de tuberculose osseuse au niveau du calcanéum gauche.

Observation IV

(Dalché. — De l'ovarite, th. de Paris, 1885, p. 31.)

Ovarite tuberculeuse double primitive. — Méningite tuberculeuse

Femme de 19 ans, entre le 23 août 1884 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard, et l'on constate un empâtement tout autour de l'utérus avec prédominance dans les ligaments larges. La malade est soumise au traitement médical et fait une double phlegmasie des deux jambes. Les lésions pelviennes, loin de s'amender, vont en augmentant. C'est ainsi qu'à l'examen, le 12 décembre, on constate dans chacun des deux culs-de-sac, une tumeur dure presque ligneuse. En janvier 1885, la malade est prise de céphalalgies, de diarrhée, d'attaques épileptiformes et elle succombe le 26 avec du coma et du strabisme de l'œil gauche.

A l'autopsie, indépendamment de tuberculose encéphalo-méningée, on trouve dans le bassin les lésions suivantes : l'utérus est normal, mais il adhère en avant

à la vessie, en arrière à l'S iliaque. La trompe gauche augmentée de volume, flexueuse, est longue de 11 centimètres : elle adhère à l'S iliaque. Elle arrive sur un ovaire gros, de forme sphérique, ayant trois centimètres de haut sur deux centimètres de large. Cet ovaire est adhérent, d'une part, à l'utérus, le long duquel il est tombé, d'autre part, à l'S iliaque ; en cet endroit, on remarque dans l'intestin, un orifice qui communique avec une cavité purulente creusée dans l'intérieur de l'ovaire.

La trompe droite augmentée de volume et flexueuse arrive sur un ovaire suppuré ayant 4 cm. dans tous les sens, adhérent à l'S iliaque, mais ne communiquant pas avec elle.

Les deux cavités purulentes sont très vastes, la coque qui les limite a une épaisseur de un demi-centimètre au plus ; sur l'ovaire gauche sont deux petits noyaux en voie de ramollissement.

Les trompes ont leur lumière pleine de matière puriforme et la droite présente en outre 5 ou 6 points abcédés.

L'examen histologique démontre que cette ovarite est tuberculeuse. Au voisinage de l'abcès se montrent des lésions types de tuberculose : cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires ; agglomération de cellules embryonnaires dont le centre a été enlevé, ce qui se traduit sur la coupe par un vide. Mais ces lésions, loin d'être localisées autour de l'abcès, entrent dans toute la paroi. Elles sont fort remarquables au niveau de la couche ovigène ; on y trouve tantôt des points de tuberculose miliaire qui se confondent avec le reste du tissu, tantôt un petit tubercule avec plusieurs cellules géantes entourées d'une zone fibreuse. Les

lésions inflammatoires sont minimes et d'une importance tout à fait secondaire, cependant en certains endroits les vaisseaux sont dilatés et pleins de globules.

Observation V

(M. Murard — *Lyon Médical*, 1912, page 194.)

C'est une jeune fille de dix-neuf ans, mariée depuis six mois, venant se montrer pour un retard de règles de trois mois. Dans ses antécédents, elle racontait qu'à l'âge de dix ans elle avait présenté dans la fosse iliaque droite les signes d'un abcès, qui s'était spontanément ouvert dans la vessie.

Au toucher, on sentait un utérus de type infantile et sur son côté droit une masse accolée à lui, mais cependant mobilisable indépendamment. Cette masse non douloureuse était de la grosseur d'une mandarine.

Les seins avaient gonflé, étaient un peu douloureux. Il n'y avait pas de température.

La malade fut mise au repos en observation pendant quinze jours, au bout desquels aucune modification soit du côté de la tumeur, soit du côté des règles, n'était survenue.

On fit le diagnostic de grossesse tubaire, et la malade fut opérée.

L'intervention montra qu'il s'agissait de tuberculose ovarienne. Mais tout le territoire du petit bassin était semé de granulations, les anses étaient accolées par des

adhérences lâches. On fit l'ablation de l'ovaire droit, et l'on referma.

Actuellement, la malade va très bien. Elle a engraissé et se trouve satisfaite de l'opération.

Cette observation nous montre que l'erreur de diagnostic est possible avec la grossesse tubaire et en plus, il nous démontre que la tuberculose ovarienne a plus de tendance à se généraliser au péritoine.

Observation VI

(Pewsner. Thèse de Lyon, mars 1913.)

Février 1912. M. le docteur Violet présente une pièce de tuberculose génitale, provenant d'une opération faite chez une malade dont l'observation est intéressante à plusieurs points de vue.

Le premier point sur lequel je désirerais attirer l'attention est celui de la forme anatomique de cette production tuberculeuse. Il s'agit, en effet, d'un kyste de l'ovaire lié très probablement à de la tuberculose inflammatoire, c'est à dire à la tuberculose non signée histologiquement et bactériologiquement. Le deuxième point intéressant a trait aux conditions opératoires dans lesquelles se trouvait cette malade.

Rapportons d'abord l'observation résumée de cette malade :

Il s'agissait d'une malade de 31 ans, mariée, sans enfants, ayant pu être contaminée par sa mère, morte

tuberculeuse. Il y a un an elle fut atteinte d'une tuberculose pulmonaire très grave, qui fut soignée par M. le docteur Balvay.

L'affection dura cinq à six mois.

Après une amélioration de quelques mois, la malade fit une poussée du côté de l'intestin et des phénomènes entéritiques graves apparurent. Au mois de septembre dernier, un an après les premiers symptômes pulmonaires, une tuméfaction de la fosse iliaque gauche apparut, augmentant progressivement. Cette tumeur fut ponctionnée, il s'en écoula un liquide séreux, jaune citrin. On en retira plus d'un litre. Quelque temps après, la tumeur était aussi volumineuse.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire fut établi et la malade me fut adressée. A ce moment, février 1912, au point de vue local on constatait une masse fluctuante occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, du volume d'une tête d'adulte, indolente à la pression. L'utérus était dévié à droite, indépendant. Au toucher rectal on sentait la base du ligament large correspondant à la tumeur dure et infiltrée. Localement on faisait le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche. L'état général de cette malade était très mauvais, le facies était pâle, terreux, très amaigri. Il y avait un gros œdème des parties inférieures remontant dans le dos jusqu'à la région lombaire. L'urine contenait de l'albumine : 12 grammes par litre ; à l'acide azotique on avait un précipité rapide, abondant, occupant dans le verre à pied où l'on faisait l'analyse, au moins le tiers de la hauteur de l'urine. Avec cela la malade avait de la température : 39°5 le soir.

En présence d'un semblable fait, il me semblait difficile de rattacher à cette lésion gynécologique l'ensemble de ces symptômes. Il aurait fallu admettre un kyste

suppuré pour expliquer la température, l'albuminurie, la cachexie. Or, ce kyste étant indolent et peu tendu, je fis un cathétérisme de l'uretère pour me rendre compte si l'albuminnurie était bilatérale et à peu près égale des deux côtés. Devant la difficulté de l'intervention opératoire, je proposais à la famille de prendre l'avis de M. le professeur A. Pollosson.

M. le professeur Pollosson, après avoir bien examiné toutes les difficultés que l'on avait à expliquer tous les symptômes par une affection gynécologique, concluait nettement pour l'intervention, en se basant sur cette opinion que la malade devait être tenue pour condamnée sans opération et que seule l'intervention pouvait offrir une chance de salut.

Couvert par cette haute autorité, j'acceptai de pratiquer l'intervention.

Entre temps, la malade avait été mise au régime déchloruré qui avait déterminé une polyurie abondante et avait fait disparaître l'œdème en quelques jours. L'intervention fut faite avec l'anesthésie à l'éther. Elle fut conduite le plus rapidement possible à cause de la faiblesse de la malade, mais nous fûmes toutefois en présence de grosses difficultés, car nous tombâmes sur un kyste intraligamentaire avec une trompe tuberculeuse adhérente à l'S iliaque.

Les suites opératoires furent simples et la malade quittait la clinique le vingtième jour; depuis, l'albuminurie a diminué de 12 grammes à 8 grammes, mais n'a pas disparu.

En somme, plusieurs points sont intéressants dans cette observation. C'est tout d'abord la relation de l'albuminurie avec les lésions gynécologiques. L'albuminurie était-elle sous la dépendance de la lésion gynéco-

logique ? Si oui, il était logique d'intervenir. L'albuminurie des fibromes est bien connue, et nous connaissons un certain nombre de cas soit personnels, soit appartenant à M. Pollosson, dans lesquels l'ablation du fibrome a fait cesser l'albuminurie.

Dans les kystes de l'ovaire l'albuminurie n'est pas signalée et est en tout cas moins facile à expliquer, sauf les cas de kyste intraligamentaire ou de kyste suppuré, auxquels cas l'albuminurie est d'origine infectieuse sanguine. Dans notre cas, il faut admettre qu'il existait une néphrite probablement de même nature tuberculeuse qui était aggravée par les résorptions infectieuses qui se plaçaient au niveau de la trompe malade.

A ce point-là, l'indication opératoire était très correctement posée et la malade a bénéficié de la suppression d'un foyer de tuberculose qui à ce moment passait au premier plan.

Le second point sur lequel je tiens à insister, c'est l'existence de ce kyste de l'ovaire à contenu séreux, à côté de cette trompe tuberculeuse.

En effet, cette pièce comprend :

1° Une trompe tuberculeuse avec localisation prédominante au niveau du pavillon Le pavillon est ouvert, les franges sont étalées comme à l'état normal au tiers de son orifice, mais elles sont très hypertrophiées ; l'ensemble du pavillon tubaire est large au moins comme la paume de la main, les parois sont épaisses, gonflées, souples, avec çà et là des ulcérations véritables. Le reste de la trompe, c'est-à-dire la partie ampullaire et la partie isthmique, est allongée, entoure en écharpe le kyste intraligamentaire sous-jacent et présente 18 centimètres de longueur. Les parois sont épaissies, sa lumière est perméable et ne contient que quelques

gouttes de pus. A l'ouverture, cette trompe présente dans toute son étendue une muqueuse presque lisse, les plis et les villosités ont disparu. Il s'agit donc d'une forme hypertrophique végétante de la tuberculose de la trompe, intéressant surtout le pavillon tubaire et ses franges. Il n'existait donc point de collections tubaires, et dans le fond du Douglas, entre les franges, il existait à peine une cuillerée à café de pus.

2° Un kyste de l'ovaire partiellement intraligamentaire à contenu séreux, à surface interne lisse, sans végétations. Ce kyste était du volume d'une tète d'adulte et contenait plus de 2 litres de liquide.

L'inoculation de ce liquide a été négative.

Examen histologique : on examine trois points : 1° un fragment de la trompe adhérent à l'ovaire ; 2° un fragment de la trompe avec tuberculose et hypertrophie et 3° la paroi du kyste lui-même.

1° Sur les trompes on trouve des lésions de tuberculose avancée, avec des zones complètement modifiées, nécrobiosées, des nids des cellules géantes en plein tissu enflammé.

2° Sur la portion adhérente à l'ovaire on trouve les mêmes lésions ; dans la paroi externe de la trompe, dont les éléments ne sont pas reconnaissables, le point de fusion de l'ovaire et de la trompe est impossible à voir, si bien qu'il est très difficile de savoir si les lésions tuberculeuses de la trompe n'empiètent pas sur l'ovaire. Cependant, sur les points où le tissu de l'ovaire est reconnaissable on ne voit pas de lésions.

La coupe a intéressé le corps jaune, dont la couche lutéinique présente une épaisseur plus grande qu'à l'état normal, et ses cellules sont nettement hyperplasiées.

3° Sur le troisième fragment prélevé, au niveau du

(4)

kyste de l'ovaire, on voit très nettement qu'il s'agit d'un kyste du corps jaune, c'est-à-dire qu'à côté de la portion du tissu ovarien normal, on voit une grande zone fibreuse complètement enkystée, bordée sur la moitié de son pourtour par une couche de cellules lutéiniques très vivantes à noyau prenant fortement le colorant, cette couche lutéinique présente des variations d'épaisseur suivant les endroits et repose sur un stroma très vasculaire. En aucun point on ne voit de lésions tuberculeuses.

En somme, tuberculose tubaire avec lésions avancées et kyste du corps jaune sans lésions bacillaires. Sur ce kyste il n'existe aucune signature de tuberculose ni externe, ni interne, et cependant on peut croire qu'il s'agit d'un beau cas de production tuberculeuse inflammatoire de l'ovaire, d'un de ces cas qui viennent à l'appui des idées de MM. Poncet et Leriche sur la tuberculose génitale inflammatoire.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose de l'ovaire est une affection rare, mais qui existe néanmoins, ce que nous avons démontré par des exemples.

II. — Les lésions peuvent être primitives ou secondaires, plus souvent secondaires. Elles peuvent présenter les éléments typiques de la tuberculose : cellules géantes et tubercules ou bien n'être que des lésions banales de tuberculose inflammatoire.

III. — L'ovarite tuberculeuse est grave surtout par ses complications : péritonite, abcès fistulisés et surtout généralisation : les bacilles peuvent pénétrer dans le sang et la granulie en sera la conséquence. Cependant des lésions discrètes évoluant chez des femmes possédant une bonne santé apparente peuvent guérir par un traitement approprié.

BIBLIOGRAPHIE

BROHL. — Tuberculose de l'ovaire (Société d'obstét. et de gynécologie de Cologne, 13 juillet 1910).

BROUARDEL. — Tuberculose des organes génitaux de la femme Thèse de Paris, 1865.

BROWNING. — Un cas de tuberculose de l'ovaire traité par la tuberculine (Month cycl. and med. bull. Philadelphie II, 1909).

CELLER. — Deux cas de tuberculose de l'ovaire (Americ. journal of obst., octobre 1901).

CHARRIER. — Gros hématome de l'ovaire, 21 octobre 1912.

CORNIL. — Note sur les tubercules de l'ovaire (Société anatomique, mai, p. 433, et juillet 1905, p. 603).

GEURMELL. — Tuberculose primitive des ovaires (Revue de gynécologie, 1903).

GOROVITZ. — Thèse de Paris, 1900.

GOULLIOUD. — Kyste de l'ovaire tuberculeux (Soc. de chirur., Lyon, 1905).

GUILLEMAIN. — Tuberculose de l'ovaire (Revue de chirurgie, 1894, p. 985).

GLOCKNER. — Cancer de l'ovaire associé à des lésions tubercu- (Centralblatt f. Gyn., 1904, p. 702).

KONRAD. — Tuberculose de l'ovaire (Centralblatt f. Gyn. 1904, p. 1030).

LAGOTHETOPOULOS. — Tuberculose de kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires (Centralblatt f. Gyn., 1908, p. 377).

MARTIN. — Tuberculose hypertrophique de l'ovaire (Société des sciences médic. de Montpellier, janvier 1909).

MANTOUX. — Tuberculinothérapie (Presse méd., n° 76, septembre 1910).

NEU. — Beitrag zur Klinik der Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes [Contribution à l'étude clinique de la tuberculose génitale et péritonéale de la femme] (Medizinische Klinik, t. VII, n° 32, 6 août 1911).

PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire de l'utérus et de ses annexes (Académie de méd. de Paris, juin 1910, p. 504-538).

PEWSNER. — Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose (Thèse de Lyon, mars 1913).

POLLOSSON. — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire (Soc. de chirur., Lyon, 1905).

POLLOSSON et VIOLET. — Tuberculose des kystes de l'ovaire (Annales de gynécologie et d'obstét., octobre 1905).

PRUSSMANN. — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire (Archiv. f. Gyn. 1904).

RÉMY. — Les kystes de l'ovaire (Thèse de Lyon, n° 85, 1905.

RIVES. — Tuberculose des annexes de l'utérus (Thèse de Montpellier, 1909-1910).

ROSENTHAL. — Zur Tuberkulose der Eierstockgeschwalste [Sur la tuberculose des tumeurs ovariennes], p. 640 (Monatsschrift fur Geburstshulfe and gynäkologie, t. XXXIV, f. 3 sept. 1911).

SENNI. — Tuberculose primitive de l'ovaire (Gazeta degli ospedali, mars 1904).

Tusini. — Anatomie pathologique de la tuberculose des tumeurs de l'ovaire (Ginecologia, 30 novembre 1904).

Tixier. — Discussion sur les kystes tuberculeux de l'ovaire (Lyon médical, 1905, t. I, p. 458.

Wechsberg. — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire (Monats. f. Geb. u. Gyn., novembre 1904).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
